

DOMANDA DI ISCRIZIONE FAMILIARI (Mod. IF)

ATTENZIONE: per la validità del modulo, allegare obbligatoriamente copia tessera sanitaria e documento di identità

C
a
m
p
i

O
b
b
l
i
g
a
t
o
r
i

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
COD. FISCALE _____ **COD.CASAGIT** _____
DOMICILIO Città _____ via _____
provincia _____ cap _____ stato _____
RESIDENZA (compilare solo se diversa dal domicilio) Città _____
via _____ provincia _____ cap _____ stato _____

in qualità di titolare di posizione Casagit, a norma dell'articolo 5 dello Statuto chiede l'iscrizione dei seguenti familiari:

C
a
m
p
i

O
b
b
l
i
g
a
t
o
r
i

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____
nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____
COD. FISCALE _____ sesso M F
RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)
città _____ via _____
provincia _____ cap _____ stato _____
Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)
Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

C
a
m
p
i

O
b
b
l
i
g
a
t
o
r
i

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____
nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____
COD. FISCALE _____ sesso M F
RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)
città _____ via _____
provincia _____ cap _____ stato _____
Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)
Firma per il consenso dei dati personali _____
(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____

nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____

COD. FISCALE _____ sesso M F

RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)

città _____ via _____

provincia ____ cap _____ stato _____

Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)

Firma per il consenso dei dati personali _____

(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____

nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____

COD. FISCALE _____ sesso M F

RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)

città _____ via _____

provincia ____ cap _____ stato _____

Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)

Firma per il consenso dei dati personali _____

(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____

nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____

COD. FISCALE _____ sesso M F

RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)

città _____ via _____

provincia ____ cap _____ stato _____

Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)

Firma per il consenso dei dati personali _____

(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

COGNOME E NOME DEL FAMILIARE _____

nato a _____ il _____ rapporto di parentela _____

COD. FISCALE _____ sesso M F

RESIDENZA (compilare solo se diversa da quello del titolare)

città _____ via _____

provincia ____ cap _____ stato _____

Titolo proprio di iscrizione alla Casagit SI NO (costituisce titolo proprio l'iscrizione all'Ordine dei giornalisti)

Firma per il consenso dei dati personali _____

(del familiare maggiorenne o del titolare per i figli minori)

Il sottoscritto **si impegna** formalmente, sotto la propria responsabilità, a comunicare immediatamente alla Casagit l'eventuale perdita successiva dei requisiti che costituiscono titolo per l'iscrizione dei suoi familiari. **Si obbliga**, inoltre, sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente:

- l'eventuale cessazione delle condizioni di carico per i familiari diversi dai figli;
- la cessazione della convivenza per il familiare di 3° grado in linea retta o per il genitore;
- l'eventuale cessazione della convivenza more-uxorio;
- l'eventuale acquisizione di titolo proprio ad associarsi alla Cassa da parte del familiare di 3° grado in linea retta o da parte del genitore.

_____ li _____

Firma _____

Il sottoscritto ed i familiari minori per i quali richiede l'assistenza, preso atto dell'informativa allegata fornita dalla Casagit ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 de dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, esprimono il loro consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

_____ li _____

Firma _____

COMPILARE E FIRMARE LE PAGINE SUCCESSIVE ASSICURANDOSI DI AVER ALLEGATO TUTTA LA DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA CONTRASSEGATA CON *

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

(INDICARE CON UNA "X" SOLO LA DOCUMENTAZIONE EFFETTIVAMENTE ALLEGATA ALLA DOMANDA)

I documenti contrassegnati da * sono obbligatori ai fini del perfezionamento dell'iscrizione- LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA

PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO (*non a carico del titolare*)

- * **Certificato di matrimonio** o **certificato di "stato di famiglia anagrafico"** (articolo 4 DPR 223 del 30/05/1989) per il convivente more uxorio di data non anteriore a tre mesi.
- * Ricevuta attestante l'avvenuto **versamento della prima rata del "contributo aggiuntivo individuale"** che potrà effettuare mediante bonifico bancario. Per le coordinate IBAN (**che dovrà utilizzare solo per questa circostanza**) può contattare l'ufficio Posizioni e Contributi al n. 06548831 comunicando che sta avviando una pratica di iscrizione.
- * Copia fronte retro della **TESSERA SANITARIA** del familiare

PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO (*a carico del titolare*)

- * **Certificato di matrimonio** o **certificato di "stato di famiglia anagrafico"** (articolo 4 DPR 223 del 30/05/1989) per il convivente more uxorio di data non anteriore a tre mesi
- * Ricevuta attestante l'avvenuto **versamento della prima rata del "contributo aggiuntivo nucleo familiare"** che potrà effettuare mediante bonifico bancario. Per le coordinate IBAN (**che dovrà utilizzare solo per questa circostanza**) può contattare l'ufficio **Posizioni e Contributi** al n. 06548831 comunicando che sta avviando una pratica di iscrizione. Il versamento deve essere effettuato solo se non si provveda già al versamento di questo contributo per altro familiare assistito.
- Documentazione fiscale (ultima disponibile) del titolare dal quale risulti il carico fiscale per il familiare in oggetto, se non presente, allegare documentazione fiscale (ultima disponibile) del familiare. In assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente.
- Copia fronte retro della **TESSERA SANITARIA** del familiare

FIGLI O EQUIPARATI FINO A 26 ANNI

- * **Certificato di stato di famiglia** di data non anteriore a tre mesi
- * Ricevuta attestante l'avvenuto **versamento della prima rata del "contributo aggiuntivo nucleo familiare"** che potrà effettuare mediante bonifico bancario. Per le coordinate IBAN (**che dovrà utilizzare solo per questa circostanza**) può contattare l'ufficio **Posizioni e Contributi** al n. 06548831 comunicando che sta avviando una pratica di iscrizione. Il versamento deve essere effettuato solo se non si provveda già al versamento di questo contributo per altro familiare assistito.
- Per i figli o equiparati permanentemente inabili al lavoro, copia della **certificazione**, rilasciata dalle competenti commissioni sanitarie, comprovante l'inabilità totale al lavoro.
- * Copia fronte retro della **TESSERA SANITARIA** del familiare

FIGLI O EQUIPARATI MAGGIORI DI 26 ANNI E FINO A 35 ANNI

- * **Certificato di stato di famiglia**, di data non anteriore a tre mesi.
- * Per i figli o equiparati permanentemente inabili al lavoro, copia della **certificazione**, rilasciata dalle competenti commissioni sanitarie, comprovante l'inabilità totale al lavoro.

- Per i figli o equiparati permanentemente inabili al lavoro, copia della **certificazione**, rilasciata dalle competenti commissioni sanitarie, comprovante l'inabilità totale al lavoro.
- * Ricevuta attestante l'avvenuto **versamento della prima rata del "contributo aggiuntivo individuale"** che potrà effettuare mediante bonifico bancario. Per le coordinate IBAN (**che dovrà utilizzare solo per questa circostanza**) può contattare l'ufficio **Posizioni e Contributi** al n. 06548831 comunicando che sta avviando una pratica di iscrizione. Il versamento non è dovuto qualora sia presente la certificazione di inabilità totale al lavoro di cui al punto precedente.
- * Copia fronte retro della **TESSERA SANITARIA** del familiare

GENITORI ED ALTRI ASCENDENTI IN LINEA RETTA

- * Certificato di **stato di famiglia** del titolare di data non anteriore a tre mesi.
- * Ricevuta attestante l'avvenuto **versamento della prima rata del "contributo aggiuntivo individuale"** che potrà effettuare mediante bonifico bancario. Per le coordinate IBAN (**che dovrà utilizzare solo per questa circostanza**) può contattare l'ufficio **Posizioni e Contributi** al n. 06548831 comunicando che sta avviando una pratica di iscrizione.
- * Documentazione fiscale (ultima disponibile) del titolare dal quale risulti il carico fiscale per il familiare in oggetto, se non presente, allegare documentazione fiscale (ultima disponibile) del familiare. In assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente.
- * Copia fronte retro della **TESSERA SANITARIA** del familiare

_____ li _____

Firma _____